

2

Saúde e assistência social: entre a garantia e o acesso a direitos

2.1

Saúde, direito de todos e dever do Estado!

A garantia de universalização da saúde enquanto direito constitucionalmente garantido, foi resultado de um movimento nacional em defesa da saúde, que teve seu ápice com a 8ª. Conferência Nacional de Saúde (CNS) realizada de 17 a 21 de março de 1986.

A conferência de saúde foi instituída por lei em 1937, no primeiro governo Getúlio Vargas. A intenção era que fosse um “encontro entre técnicos e administradores do ministério e dos estados para assessorar o ministro nos campos da educação e saúde” (www.universidadesaudavel.com.br). Esses ministérios (saúde e educação) até então operavam juntos. Embora um momento bastante centralizador devido ao autoritarismo do período, essa conferência colocou em pauta importantes demandas como:

1. A necessidade de um Ministério da Saúde (que foi criado em 1953);
2. Modificação da relação entre federados (tendia à centralização) para a resolução dos problemas sanitários.

Não havia uma periodicidade clara para a realização das conferências, sendo o momento político o fator determinante. A segunda conferência, por exemplo, só ocorreu em 1950.

A Lei 8.142 de 1990 estabelece a conferência com periodicidade, objetivos e intenção política mais clara, no Sistema Único de Saúde (SUS), a saber: “a conferência de saúde, pelo menos a cada quatro anos, é convocada para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis nacional, estadual e municipal” (www.sespa.pa.gov.br/sus).

No entanto, foi a 8ª. Conferência em 1986 que marcou a história da saúde pública no Brasil, uma vez que consolidou as diretrizes de universalidade, integridade e equidade, valorizando mais a medicina preventiva do que a medicina curativa (característica principal da prestação de serviço de saúde até a década de

70)⁵. Essa conferência também demandou por um serviço de saúde unificado e descentralizado. Unificado no que tange a regulamentação administrativa geral das ações e serviços de saúde no âmbito público ou privado e descentralizado no âmbito político e administrativo de cada esfera do governo.

A 8ª. Conferência foi ainda, um movimento de crítica e alternativa ao modelo de saúde vigente, que era:

- Recursos centrados no âmbito federal;
- Ensaio da transição de um modelo de saúde previdenciário – direito à saúde restrito aos ‘cidadãos’, considerados os empregados formais que desempenhavam funções reconhecidas legalmente⁶-, para um modelo de ações universalistas - atendimento de emergência médica na rede própria e conveniada através do Programa de Pronto Atendimento (PPA), implementado em 1980.

A 8ª. Conferência teve início com um grupo de profissionais da área de saúde que ficou conhecido como “movimento sanitário”. As discussões desse grupo ecoaram e ampliaram-se nos partidos, sindicatos, associações de moradores, entre outros grupos, contribuindo para a realização das pré-conferências estaduais que aconteceram em todo o Brasil e que deram maior representatividade e conseqüentemente maior legitimidade à conferência.

O regimento interno especial da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) determinava que a sua finalidade fosse "obter subsídios visando contribuir para a reformulação do Sistema Nacional de Saúde e proporcionar elementos para se debater a saúde na futura Constituinte". (Nascimento: 2) ⁷

As principais questões propostas nesta conferência foram: “saúde como dever do Estado e direito do cidadão”, “Reformulação do Sistema Nacional de Saúde” e “Financiamento setorial” (Idem, pg.8).

Parte das demandas apresentadas foi incorporada à Constituição. Essa incorporação é, então, fruto da luta, da expressão social da necessidade para inclusão dessas demandas como direito da coletividade. Lembramos de Bobbio

⁵ A partir desse momento o financiamento passou a ser por necessidade, não mais por interesse ou poder de barganha dos Estados e Municípios junto à União, como anteriormente.

⁶ A saúde era até então prestada pelo governo aos trabalhadores assalariados, mediante a apresentação da carteira profissional; ou das caixas de aposentadorias aos seus associados. O restante da população recorria a hospitais particulares ou aos hospitais das ordens religiosas, com destaque às Santas Casas. Wanderley Guimarães dos Santos chamou esse tipo de ação de “cidadania regulada” (apud Mansur, 2001 pg.35).

⁷ In: www.univesidadesaudavel.com.br/apresentação, pg.2

(1992) ao dizer que os direitos sociais nascem da pressão popular. O Sistema único de Saúde –SUS - é um exemplo desta pressão popular.

O SUS, principal conquista desse movimento de saúde, constituiu o modelo oficial público de atenção à saúde em todo o país, sendo um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo e o único a garantir assistência integral e totalmente gratuita para a totalidade da população. Inclusive aos portadores do HIV, sintomáticos ou não, aos pacientes renais crônicos e aos pacientes com câncer.⁸

O SUS está definido na Lei nº. 8080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde) como o “conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, incluídas as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde”, garantida, também a participação complementar da iniciativa privada no Sistema Único de Saúde.

Desdobrando ainda as conquistas da Constituição Federal, o SUS indica em seu artigo terceiro uma nova concepção de saúde ao considerar “a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso a bens e serviços essenciais fatores determinantes e condicionantes para expressar a saúde de um povo”⁹.

Percebemos após a 8ª Conferência o grande avanço alcançado na concepção de saúde, assim como das formas de prestação desses serviços. Com a Constituição Federal de 1988, passamos da “cidadania regulada” à universalização dos direitos, ou seja, uma cidadania plena, no âmbito dos direitos garantidos em lei. No entanto, esse avanço não significou o final da “batalha”, pois há dificuldades diversas no acesso a esses direitos juridicamente assegurados.

A saúde faz parte da seguridade social que é constituída pelo tripé: saúde (direito de todos), previdência (direito contributivo) e assistência social (direito de quem dela necessitar). Esse tripé assegura o direito universal de atendimento, inclusive ao cidadão não inserido no mercado de trabalho. A seguridade social, através da assistência, garante assim um mínimo social capaz de inserir o cidadão na distribuição e consumo dos bens socialmente produzidos, inclusive os de mercado.

⁸ www.sespa.pa.gov.br/sus.

⁹ Lei 8080, art.3º.

De acordo com a Política Nacional de Assistência Social (PNAS), *mínimos sociais são padrões para a garantia de direitos, nos patamares de dignidade, condições de subsistência e qualidade de vida que a sociedade aceita numa época, considerando as conquistas na legislação. Os mínimos sociais são estes patamares de cobertura de riscos e prevenção de vulnerabilidades, garantidos na sociedade, no âmbito dos direitos, prioritariamente via políticas públicas. Existe uma diferença entre entender os mínimos como equivalente ao limiar de sobrevivência, e o que é afiançado na política de assistência social, isto é, entender os mínimos como padrões básicos de inclusão social.* (PNAS, 2004:8).

Conforme Silva (2004:137-138) “a seguridade social constitui um *locus* privilegiado de processamento e mediação das contradições relacionadas às formas de geração, apropriação e distribuição de riqueza. A seguridade é relação. Oculta e, ao mesmo tempo, revela os embates em torno do acesso aos bens, recursos e serviços socialmente produzidos”. Ou seja, a seguridade social pública é um meio de busca da igualdade entre os indivíduos no caminho da Justiça Social.

Seguindo o caminho da Justiça social, a assistência social é regulamentada pela Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), no. 8.742 de 7/7/1993 e definida no artigo primeiro como “direito do cidadão e dever do Estado”, tendo como características ser:

1. uma política de Proteção Social¹⁰ articulada a outras políticas no campo social voltadas à garantia de direitos e de condições dignas de vida;
2. uma possibilidade de reconhecimento público da legitimidade das demandas de seus usuários e espaço de ampliação de seu protagonismo, e
3. um instrumento fundamental para o enfrentamento da discriminação e da subalternidade econômica, cultural e política em que vive grande parte da população brasileira.

Em 2003 a IV Conferência Nacional de Assistência Social teve como objetivo principal a construção e implementação do Sistema Único de Assistência

¹⁰ Por **Proteção Social** se entendem as formas "às vezes mais, às vezes menos institucionalizadas que as sociedades constituem para proteger parte ou o conjunto de seus membros. Tais sistemas decorrem de certas vicissitudes da vida natural ou social, tais como a velhice, a doença, o infortúnio, as privações. Incluo neste conceito, também, tanto as formas seletivas de distribuição e redistribuição de bens materiais (como a comida e o dinheiro), quanto os bens culturais (como os saberes), que permitirão a sobrevivência e a integração, sob várias formas na vida social. Incluo, ainda, os princípios reguladores e as normas que, com intuito de proteção, fazem parte da vida das coletividades" PNAS,2004, apud Di Giovanni, 1998:10.

Social. Esse sistema reitera os princípios contidos na LOAS indicando as responsabilidades de cada esfera do governo com a assistência social, considerando o tamanho dos municípios e conseqüentemente a complexidade das demandas apresentadas.

“Nesse novo modelo de gestão todos os municípios, de grande, médio e pequeno porte, deverão ofertar serviços de proteção social básica, cuja função prioritária é a de promover atenção às situações de vulnerabilidade apresentadas e prevenir situações de potencial risco pessoal ou social, contribuindo para a inclusão social e a autonomia das famílias, seus membros e indivíduos, bem como para a redução dos índices de eventos. Já os municípios, de médio ou grande porte, deverão ofertar, ainda, serviços de proteção social especial, de média complexidade para famílias cujos direitos fundamentais já se encontram violados” (PNAS: 5).

A assistência social organiza-se para atender às diferentes demandas apresentadas, de acordo com sua complexidade e as responsabilidades de cada esfera do governo. A implementação de um sistema único de assistência social propõe um *“modelo de gestão descentralizado e inclusivo, deve implantar uma nova lógica de organização das ações sócio-assistenciais, ofertadas mediante um conjunto de serviços, programas, projetos e benefícios, tendo como foco prioritário a atenção às famílias, seus membros e indivíduos e o território como base de organização, que passam a ser definidas pelas funções que desempenha, pelo número de pessoas que delas necessitam e pela sua complexidade”* (Idem: 12).

Dessa forma, vemos um esforço, quer dos profissionais, quer do Estado, para responder com mais qualidade aos desafios da prestação pública da assistência.

A relevância de aprofundarmos a questão da organização da Assistência neste capítulo dá-se pela relação intrínseca entre esta e a política de saúde, numa perspectiva de ação integrada de resposta às demandas apresentadas. Essa perspectiva perpassa todo o SUAS.

Em “Saúde, direito de todos e dever do Estado!” nos propomos a apresentar como o Brasil, a partir da Constituição de 88, organiza e regulamenta formas universais de proteção social.

Esse movimento de ampliação e garantia de direitos no Brasil veio na contramão das modificações mundiais, onde os direitos estavam sendo restritos e a mercadorização (privatização) dos serviços sociais começou a fazer-se presente em diversos países. Desta forma alguns entraves de caráter político-ideológico-

financeiro influenciam a efetivação dos direitos recém garantidos constitucionalmente, dificultando o acesso dos indivíduos a esses direitos como veremos a seguir.

2.2

Saúde, direito de todos e dever do Estado?

Arriscamos dizer que seguridade social pública no Brasil foi um último suspiro de Welfare State, assim como um paciente no UTI, que após súbita melhora, volta ao estágio de letargia indicando a parada das funções vitais.

Influenciados pelo Welfare State que propõe uma sociedade mais justa, onde o Estado tem um forte papel de proteção social aos indivíduos, garantimos juridicamente alguns direitos sociais de caráter universalista (Constituição de 88) e logo depois “agonizamos”, com o fim do socialismo - simbolizado pela queda do muro de Berlim em 1989.

De acordo com Esping-Andersen, “O Welfare State em termos gerais, representou um esforço de reconstrução econômica, moral e política. Economicamente, significou um abandono da ortodoxia da pura lógica do mercado, em favor da exigência de extensão da segurança do emprego e da Justiça social, solidariedade e universalismo” (1995:75).

Embora no Brasil não possamos dizer que houve exatamente um Welfare State, a Constituição Federal de 1988 foi um importante ensaio de garantias legais e expansão de direitos. Todavia é fundamental que, na prática, os indivíduos possam realmente ter acesso a esse direito.

Construímos nesse modelo de sociedade capitalista um caminho difícil, que é a paralela entre garantia e acesso. Ainda temos dificuldades em juntar essas estradas, que somente quando unidas nos levarão ao encontro da Cidadania.

Neste sentido, Bobbio nos chama a atenção para a distinção entre teoria e prática, pois “percorrem duas estradas diversas a velocidades muito desiguais” (1992:67).

Garantir direitos (e conseqüentemente acesso) é condição *sine qua non* para que uma sociedade assegure maiores oportunidades de igualdade social.

O Brasil tem uma posição de destaque no cenário internacional no que se refere à desigualdade social. Ficou em 10ª colocação no ranking mundial, de uma lista de 126 países e território, segundo relatório do Programa das Nações Unidas para Desenvolvimento (PNUD) ¹¹.

Embora tenha sido apontado como “um exemplo de melhoria na distribuição de renda” pelo Relatório de Desenvolvimento Humano 2006 (RDH), devido à expansão do Programa Bolsa Família¹², ainda registra colossal disparidade de concentração de renda, tendo a fatia mais rica da população (20%) uma renda quase vinte e quatro vezes maior do que a população mais pobre. Esses 20% mais ricos apropriam-se de 65,6% da renda total do país.

O contra-senso desse dado é ainda maior ao compará-lo com a colocação do Brasil no ranking das maiores economias mundiais. Em 2005 avançou quatro posições, passando da 15ª para a 11ª colocação, sendo o mais bem posicionado país da América Latina. ¹³

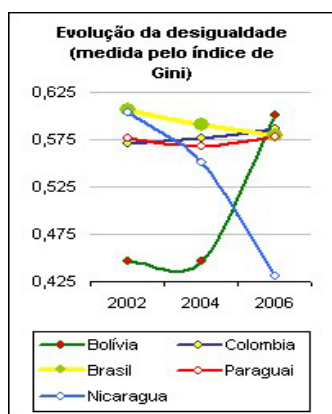


Gráfico 1

O gráfico ao lado mostra a desigualdade de alguns países da América Latina, segundo o índice Gini¹⁴.

¹¹ www.pnud.org.br. Datado de 09/11/2006, Brasília.

¹² Bolsa Família é um programa de transferência de renda, diretamente às famílias com renda per capita até R\$ 100,00, por meio de cartão magnético, além do acompanhamento das condicionalidades de saúde e educação (crianças e adolescentes de 6 a 15 anos) e a promoção das famílias beneficiárias por meio de programas complementares estruturantes. O cadastramento e acompanhamento as famílias são municipais. In: www.mds.gov.br

¹³ www.folha.uol.com.br. Datado de 30/03/2006.

¹⁴ Gini — indicador de desigualdade de renda que varia de 0 a 1, sendo 0 em uma situação na qual toda a população possuíse uma renda equivalente, e 1 se apenas uma pessoa detivesse toda a riqueza do país. (In: www.pnud.org.br)

O Brasil, ao contrário dos países vizinhos Colômbia e Paraguai, tem conseguido reduzir a desigualdade. Tem contribuído para essa redução a melhoria do sistema de proteção social, com destaque para o (já citado) programa federal de transferência de renda, o controle da inflação, a Prevenção e Eliminação da Exploração do Trabalho Infantil (PETI) e a expansão educacional.¹⁵

A Nicarágua embora tenha se empenhado seriamente para redução da desigualdade e conseguido certo êxito, teve seus esforços anulados devido à alta taxa de crescimento populacional. É um dos países mais pobres da América Latina, quase 48% vive abaixo da linha de pobreza e 17% em miséria extrema.¹⁶ Inversamente, a Bolívia subiu quase dois pontos na escala.

Tão grandes diferenças de distribuição de renda, ocasionam desigualdades de acesso a bens e serviços produzidos na sociedade e indispensáveis para um mínimo de bem-estar. Essas dificuldades vão desde o acesso a saúde, educação, alimentação, até bens materiais básicos.

Barros e Mendonça (1995) em seu texto intitulado *Os determinantes da desigualdade social* ao analisarem os processos de desigualdade subdividem-na em duas etapas visando a entrada no mercado de trabalho:

1. Etapa da preparação para a competição – período da infância e adolescência, onde se acumula capital humano. Nesta etapa se conta com três tipos de recursos: habilidades inatas, recursos públicos e recursos privados;
2. Etapa da competição – onde os indivíduos competem no mercado de trabalho.

Destacamos, a importância dos recursos públicos e, dessa forma, do papel do Estado na atenção à área social. Para quem não possui recursos próprios, a participação do Estado se faz imprescindível para que o indivíduo tenha oportunidade de preparar-se. Mesmo que os recursos públicos não garantam igualdade, devido as variações de quantidade e acesso aos recursos, como dizem

¹⁵ Fonte: www.agenciabrasil.gov.br/noticias/2006/08/18/materia.2006-08-18.1990250329/view; e www.agenciabrasil.gov.br/noticias/2006/11/30/materia.2006-11-30.6448506168/view#portlet-navigation-tree. Visitados em 20/02/2007.

¹⁶ Fonte: Documento Estratégia Nicarágua. In: www.ec.europa.eu/comm/external_relations/nicaragua/csp/02_06_pt.pdf.

Barros e Mendonça (1995:4), sem ele a possibilidade de competição de quem não tem outros recursos será cada vez menor, inflando gradativamente o nível de desigualdade social.

Indiferente a qualquer preocupação com a desigualdade ou com a garantia de direitos, o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado indica a educação, saúde, cultura e pesquisa científica como serviços que não envolvendo o poder do Estado, devem somente ser subsidiados por ele e executados pelo setor público não-estatal, deixando claro que, “reformular o Estado significa transferir para o setor privado as atividades que podem ser controladas pelo mercado” Plano Diretor (1995:3).

Porém nem todos têm acesso às atividades controladas pelo mercado, pois nessa esfera os serviços são comercializados – o que é próprio do mercado – deixando grande parcela da população que não tem como comprar esses serviços a mercê da caridade.

A tabela abaixo é um resumo dos artigos da Constituição Federal de 1988 para cada uma das áreas em que o Plano Diretor de Reforma do Estado indica o controle pelo mercado. Essas regulamentações estão imbuídas dos princípios de universalidade e equidade social.

Tabela I

Artigos Constitucionais - CF – 1988		
EDUCAÇÃO	art. 205	direito de todos e dever do Estado e da família, tendo como base igualdade de condições para o acesso e permanência na escola
	art. 206 – I	o acesso ao ensino obrigatório e gratuito é direito público subjetivo
	art. 208 parágrafo 1o.	o não oferecimento do ensino obrigatório pelo poder público, ou sua oferta irregular, importa responsabilidade da autoridade competente
SAÚDE	art. 196	A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.
	art. 199 Parágrafo 1o.	§ 1º As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos
CULTURA	art. 215	o Estado garantirá a todos o pleno exercício dos direitos culturais e acesso às fontes de cultura nacional
PESQUISA CIENTÍFICA	art. 218	o Estado promoverá e incentivará o desenvolvimento científico a pesquisa e a capacitação tecnológicas a pesquisa científica básica receberá tratamento prioritário do Estado, tendo vista o bem público e o progresso das ciências

Fonte: elaboração própria a partir da Constituição Federal

As áreas acima pertencem a seção “Da Ordem Social”, que é definida no art. 193 da seguinte forma: “A Ordem Social tem como base o primado do trabalho, e como objetivo o bem-estar e a justiça sociais”. Essa seção é composta além daquelas, por: Desporto, Comunicação Social e Meio Ambiente. Observamos que mais da metade da seção está indicada ao controle do mercado.

Ora, saúde, educação, cultura e pesquisa-científica podem, então, ser controladas pelo mercado? O objetivo do mercado, principalmente em uma sociedade capitalista, não é o lucro? Sendo o lucro o objetivo final do mercado, retrocedemos, então, à cidadania regulada onde só terá acesso aos benefícios sociais quem puder pagar por eles? E quem poderá pagar por benefícios em uma sociedade em que o emprego é cada vez mais restrito? Bem-estar social não é e

nunca será finalidade do mercado. Não há sociedade justa sem equidade. Não há equidade sem direitos. Mercado não traz garantia de direitos. Garantir direitos é garantir cidadania.

De acordo com Sader “*Na ‘era dos mercados’, os direitos estão em retração. Quando se impôs ao senso comum o ‘mercado’ como regulador das relações sociais e econômicas, o que não se diz é que isso se faz às custas dos direitos e da democracia. Porque cada vez que algo cai na esfera do ‘mercado’, sai do controle da sociedade, deixa de ser passível de cidadania por meio do poder público, para ser decidido pelo poder do dinheiro de quem comanda os mercados*” (2004:6).

E o mais preocupante é que o mercado tem comandado uma importante seção constitucional que é a Ordem Social. Todavia, não é função do mercado garantir bem-estar e justiça social. Bem-estar, igualdade, harmonia e Justiça social são parte inerente do papel do Estado.

Neste sentido, o preâmbulo da Constituição Federal de 1988 diz: “Nós, representantes do povo brasileiro, reunidos em Assembléia Nacional Constituinte para instituir um Estado Democrático, *destinado a assegurar o exercício dos direitos sociais e individuais*, a liberdade, a segurança, o bem-estar, o desenvolvimento, a *igualdade e a justiça como valores supremos de uma sociedade* fraterna, pluralista e sem preconceitos, fundada na harmonia social e comprometida, na ordem interna e internacional, com a solução pacífica das controvérsias, promulgamos, sob a proteção de Deus, a seguinte CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL”. (Grifos nossos).

2.3

Privatizando o social

Na lógica da mercantilização o Estado tem repassado à área não governamental a gestão e o desempenho de atividades sociais, outrora denominadas como valores supremos para instituir um Estado Democrático.

A partir da década de 90 há uma intensificação da relação entre Estado e Organizações Não-Governamentais. Entre 1996 e 2002 passamos de 105 mil para 276 mil instituições sem fins lucrativos, um aumento de 157% (IBGE, 2004:43).

A difusão da idéia de ineficiência do Estado, bastante presente no Plano Diretor de Reforma do Estado, justifica essa relação, que é regulamentada por leis que legitimam a ação de Organizações Não-Governamentais. Conforme tabela de Silva (2004:143) abaixo, fica evidenciada a expansão das ações prestadas pelo setor não governamental em menos de um ano, assim como, a rapidez do governo em regulamentar a prestação desses serviços.

Tabela II

Organizações Sociais	Organizações filantrópicas	Organizações da Sociedade Civil de interesse público (terceiro setor)
Lei no. 9637 de 15/5/98	Lei no. 9.732 de 11/12/98	Lei no. 9.790 de 23/3/99
Pessoa Jurídica Privada Sem fins lucrativos	Pessoa Jurídica Privada Sem fins lucrativos	Pessoa Jurídica Privada Sem fins lucrativos
Ensino pesquisa científica desenvolvimento tecnológico proteção e preservação do meio ambiente cultura Saúde	assistência social beneficente e gratuita a pacientes carentes, especialmente crianças, adolescentes, idosos e pessoas com deficiência prestação de serviços de pelo menos 60% ao SUS oferta de vagas integralmente gratuitas a carentes por entidades educacionais atendimento à saúde “de caráter assistencial”	assistência social cultura educação gratuita saúde gratuita segurança alimentar meio ambiente desenvolvimento sustentável voluntariado combate a pobreza novos modelos de produção, comércio, emprego e crédito promoção de direitos assistência jurídica gratuita promoção da ética, da cidadania, direitos humanos, democracia e outros valores universais estudos e pesquisas tecnologias alternativas
- Contrato de gestão - ênfase no atendimento ao cidadão-cliente - ênfase nos resultados qualitativos e quantitativos nos prazos pactuados - controle social das ações	Certificado de entidade filantrópica	- Termo de parceria - Legalidade - Impessoalidade - Moralidade - Publicidade - Economicidade - eficiência

Fonte: Silva, 2004:143

No caso da saúde, hospitais são construídos com recursos públicos e repassados à administração das não-governamentais; o financiamento público de grande parte dessas organizações e os investimentos públicos em empresas a

serem privatizadas exemplificam a complexa e contraditória constatação de crise do Estado presente no Plano Diretor.

Contraditória porque para um Estado em crise, é difícil justificar os investimentos ou grandes subsídios na área econômica enquanto a área social e o aparelho do Estado passam por um desinvestimento, que gera um descrédito no papel do Estado como gestor público.

Vemos então, que o crescente desinvestimento no setor público de serviços sociais foi, na verdade, uma manobra para o investimento em serviços privados, especialmente na área de saúde. Essa manobra não é recente, ao analisar Mansur ela já chamava a atenção para essa prática governamental, como veremos abaixo.

“A ação combinada do PPA (Programa de Pronto Atendimento) e do FAS (Fundo de Amparo ao Desenvolvimento Social) representou, na verdade, um poderoso mecanismo de alavancagem do setor privado na área da saúde, aquele abrindo mercado cativo e, este, garantindo uma expansão física adicional, com recursos subsidiados, especialmente na área hospitalar”. (Mendes, 1993. Apud Mansur, 2001:43)

Também com relação ao financiamento o Estado diminuiu sua participação. Segundo Mansur (2001:39) ao analisar as principais fontes de recurso do extinto INPS – Instituto Nacional de Previdência Social – entre 1967 e 1976, os recursos para a medicina previdenciária eram cada vez menos responsabilidade do governo, tendo decrescido de 9,2% (1967) para 4,7% (1976), ao passo que a contribuição dos empregados e empregadores se manteve ao longo desse período em 85,8% (1976), chegando em 1974 a 91,1% do financiamento, como demonstra a tabela abaixo.

Tabela III

RECEITA	1967	1968	1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976
Receitas correntes										
Receita Tributária ^a	85,5	84,3	85,6	87,7	87,0	87,7	89,1	91,1	89,9	85,8
Transferências Correntes ^b	9,2	8,8	8,5	7,4	7,7	7,6	6,6	5,4	4,8	4,7
Receitas Imobiliárias ^c	0,3	0,3	0,0	0,1	0,1	0,2	0,4	0,1	2,3	2,2

Fonte: MPAS/INPS, apud Braga e Paula (1981:106)

Obs:

^a São a contribuição de empregados e empregadores;

^b São a participação do governo;

^c São os recursos arrecadados com o patrimônio da Previdência (capitalização).

Fonte: Mansur, 2001:39.

Ao Longo dos anos 80, aumentou a participação do governo nos recursos da Previdência, de 12,9% em 1980 para 27,6% em 1990. No entanto, empregados e empregadores continuavam a ser seu grande financiador.

Entendemos que o Estado, mais administrador que financiador da política de saúde, também quer abrir mão desse papel, repassando-o à iniciativa privada, seja através de empresas ou de “Organizações Não-Governamentais sem fins lucrativos”, seguindo uma tendência internacional privatizante. Olhando mais detidamente, a “falta de recurso estatal” tende mais a um artifício político-ideológico para o remanejamento de recursos à área econômica do que a falta de dinheiro para investimento, como demonstra Silva” *gasto social que em 1995, chegou a 32,67% das despesas efetivas do governo, caiu para 22,88% em 99. Enquanto isso, o montante destinado ao pagamento da dívida pulou de 50,23% para 63,29%. Acrescente-se, ainda que entre 1995 e 1999, o governo gastou cerca de 12,4% do PIB, algo em torno de R\$ 100 bilhões, para ajudar os bancos falidos por meio do PROER¹⁷ e do PROES¹⁸”* (2004:165).

Embora tenhamos um modelo avançado de atenção à saúde e de Constituinte, na prática o Estado não conseguiu oferecer um serviço como o previsto na Constituição. Corremos o risco de ter a Constituição como um postulado legalista formal, e prática direitos abstratos e fictícios.

Na década de 80, quando o Brasil estava estruturando e regulamentando direitos sociais universais, a maioria dos países já pensava estratégias de retração estatal. Na mesma proporção que avançávamos em garantia de direitos, também expandíamos em serviços privados, em especial na área de saúde e educação. Essa complexa relação de garantia e retração de direitos, reforçada pelo discurso da crise e da ineficiência do Estado, abriram espaço para o crescimento e expansão da área não governamental trazendo à tona relevantes questões para a Ordem Social.

A relação entre governo e Organizações Não-Governamentais não é recente, nem a priori, um problema, como veremos a seguir. A questão é que o “pano de fundo” neoliberal traz uma nova conotação dessas organizações no cenário social, originando novas implicações à esfera pública, à manutenção de direitos.

¹⁷ PROER - Programa de Estímulo à Reestruturação e ao Fortalecimento do Sistema Financeiro Nacional – www.bcb.gov.br/glossario.asp?id=GLOSSARIO&q=proer. Visitado em janeiro 2007.

¹⁸ Proes - Programa de Incentivo à Redução do Setor Público Estadual na Atividade Bancária

Seguiremos refletindo sobre as relações público-privado, ou seja, governamentais e Não-Governamentais, perseguindo nosso objetivo de discutir as possibilidades e limites dessa relação sob a perspectiva da garantia de direitos.

2.4

Relação Público-Privado na atenção à saúde pública

Como primeiros esclarecimentos, entendamos *público* como ações governamentais, devidamente normatizadas e representativas de direitos, e *privado*, como ações não-governamentais realizadas por organizações, instituições e/ou associações sem fins lucrativos.

A relação público-privado não é recente. Ela remonta desde o período colonial, onde Governo e Igreja Católica tinham uma relação simbiótica de troca de favores, concessão de títulos e serviços religiosos em troca de uma liberdade para catequização nativa.

O cuidado com os problemas sociais ligados à pobreza tem origem com as ações voluntárias, individuais e posteriormente comunitárias, muito antes que Governos imaginassem desempenhar essa função. Com a institucionalização da assistência tem destaque a participação da Igreja Católica atuando como órgão público.

“As instituições religiosas – oratórios, capelas, confrarias, irmandades, paróquias, dioceses – formavam os espaços por onde passava a vida social. Funcionavam como “registro civil, como escolas, como instâncias de resolução de conflitos entre os indivíduos e entre famílias, como centros de festas e de lazer, e mesmo como organizações de ajuda mútua, de assistência médica e social” (Oliveira,1985:230, apud Landim, 1993:13).

A assistência médica (hospitais, asilos e manicômios) no Brasil, foi prestada através da Santa Casa de Misericórdia desde o século XVI, quando foi fundada no Rio de Janeiro, tendo como propósitos “acolher os presos, alimentar os pobres, curar os doentes, asilar os órfãos, sustentar as viúvas, enfim, para ser a casa a serviço dos mais carentes, desassistidos e abandonados.” (Cabral & Velloso: 3) ¹⁹ Eram mantidas pelas Irmandades de Misericórdia, por doações de

¹⁹Cabral, Jaqueline e Velloso, Verônica Pimenta (redação). Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro. In: www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br). Visitado em Janeiro 2007.

homens e mulheres ditos generosos, incentivados pelos títulos nobiliárquicos e as comendas que o Imperador do reinado de Dom Pedro II (1840-1889) concedia.²⁰ Não havia nenhuma participação governamental. A ação da Santa Casa seguiu como única ação de saúde até meados do século XIX, quando seu crescimento e autonomia de ação levam a conflitos com o governo colonial, que toma medidas para coibir sua atuação (Landim, 1003:15).

Ao Longo do século XIX devido à separação entre Igreja e Estado, este vai criar recursos técnicos para oferecer serviços públicos até então prestados pela Igreja, como: educação, assistência social e médica.

Como vimos sempre existiu uma relação de complementaridade entre público e privado, antecedendo inclusive à ação direta do Estado no cuidado às questões sociais. Ressaltamos a importância dessa ação, pois sabemos que o privado muitas vezes funciona como um braço do Estado, chegando onde ele não consegue chegar, beneficiando assim, milhares de pessoas que necessitam de assistência.

Chamamos a atenção, no entanto, para a atual representação política dessa relação num contexto de minimização estatal e perda de direitos garantidos, que tendem a uma desvalorização sendo “substituídos” pela exaltação à solidariedade, como se somente esta conseguisse dar conta das questões sociais garantindo igualdade.

“A tradição de ‘generosidade’, ou de ‘solidariedade’ baseada em valores da caridade cristã existente na sociedade brasileira, não se traduz necessariamente no tipo de solidariedade igualitária exigido pela ação política moderna” (Landim, 1993:20). E essa ação política tende a ser mais justa quanto mais tivermos uma instância capaz de administrar as desigualdades produzidas na sociedade, em especial em uma sociedade capitalista, naturalmente fabricante de desigualdades.

O problema da atual relação público-privado é a expectativa que se tem dessa relação, pressupondo uma melhor atuação privada por ser supostamente mais ágil e eficiente, em detrimento da ação pública, supostamente burocrática, lenta e ineficiente.

Não há porque imaginarmos que boa vontade, generosidade e solidariedade sejam naturalmente capazes de resolver as complexas mazelas

²⁰ Fonte: www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br

sociais historicamente presentes na sociedade. É preciso bem mais do que isso para resolver essas relações numa perspectiva de igualdade e justiça.

Entendemos que ações privadas consideradas de interesse público devem ser garantidas, saindo do campo da solidariedade (individual) para o campo do direito (público), principalmente quando se tratam de áreas responsáveis pela preparação para uma competição mais justa, ou seja, para a concretização da Ordem Social.

Percebemos que o Estado não consegue dar conta da demanda social que tem, pois além da prioridade política não ser o social, do surgimento de novas questões que demandarão novos direitos (em decorrência do desenvolvimento da sociedade), o crescimento econômico do país “nos últimos dez anos foi de apenas 2,2% ao ano”²¹ mantendo baixo o nível do cofre público, financiador nato dos programas e projetos estatais.

Dessa forma, agregar novos parceiros faz-se imprescindível e a ação *complementar* da sociedade civil contribui para uma maior intervenção social, ampliando e/ou intensificando as ações da assistência social estatal.

O termo “complementar”, será aqui utilizado no sentido de completar as ações estatais, torná-las inteiras, integrais através da soma das ações. Nesta perspectiva, não há subtração do papel do Estado e de sua função de garantidor de direitos, ao contrário, a proposta é uma ação conjunta de potencialidades, que juntas tem maiores chances de conseguir responder com êxito as demandas sociais. Porque como diz Toro “ou se impacta integralmente ou não se impacta profundamente” (2005:73). E esse é o sentido do termo complementaridade, o impacto integral.

O SUAS está inteiramente imbuído da perspectiva de ações complementares, lá denominadas intersetoriais. Ações integradas entre diferentes instâncias. Entretanto, precisamos aproximar teoria e prática, trazendo a intersetorialidade para nosso cotidiano de trabalho. Para isso, é necessário que ultrapassemos os pré-conceitos com relação ao outro, seja o outro Estado ou Organização Não governamental, criando um espaço de diálogo e reais possibilidades de interseções.

²¹ Meireles, Andréia; Leitão, Matheus e Ramos, Murilo. Coluna Brasil Crescimento, pg.27. Revista Época, 29 de janeiro de 2007.

É a partir desse espaço de diálogo a ser construído mais intensamente, que será possível criarmos um novo caminho de garantia de direitos, onde cada instituição terá sua importância. Nessa construção conjunta, então, garantia e acesso a direito estarão assegurados, quem sabe a velocidades mais próximas.

É nosso desafio enquanto profissional, acadêmico, gestor e usuário, Estado e não-Estado enfim, enquanto cidadão, pensar uma forma de influenciar na implementação de políticas assegurando novos *direitos e acesso* a direitos já garantidos.

Embora novos direitos sejam acrescidos a antigos, em decorrência das novas exigências da sociedade, ainda temos grande débito com o acesso aos “velhos” direitos sociais garantidos a partir de 88.

Nessa discussão sobre garantia e acesso a direitos o papel das Organizações Não-Governamentais não é simples. Não sendo instância capaz de normatizar direitos, é ela quem cada vez mais - inclusive com o incentivo do Estado - assegura o acesso a direitos garantidos em outra instância (a estatal). Porém, como possuem critérios próprios de ingresso, público alvo pré-definido, recursos tanto financeiros como pessoal restrito e trabalham com uma determinada área geográfica, o princípio da universalidade não tem como ser aplicado. A população ingressará ou sairá do programa de cada uma dessas instituições de acordo com os critérios e objetivos estabelecidos por elas.

A complexidade dessa questão é que com o avanço das Organizações Não-Governamentais faz-se necessário pensar uma outra forma de assegurar direito, talvez a partir das ações que elas desenvolvem, ou seja, discutir como juntar acesso e direito na prestação de serviços dessa instância social, assim como pensar uma forma de acompanhamento governamental dessas ações, que se multiplicam desordenadamente.

Considerando essas questões, vamos analisar no próximo sub-capítulo, a ação de uma Organização Não-Governamental que atua nas áreas de saúde e assistência. Essa organização, estudo de caso dessa dissertação, será discutida a partir de uma análise de suas ações e o que há de regulamentação na Constituição Federal, ressaltando a distância entre garantia e acesso que justificará sua existência. Parte das entrevistas realizadas para essa dissertação ilustrará os pontos apresentados a seguir.